45e Année. — N° 31. Vendredi 5 Août 1898.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Ophthalmologie : Mydriase unilatérale. Troubles oculaires réflexes d'origine nasale, par le Dr Carra, 481. — **Bibliographie** : Les états neurasthéniques, par le Dr Gilles de la Tourette, 483. — **Académie des sciences** : *Séance du 25 juillet* 1898. Présidence de M. Wolf. — La thermogénèse dans le tétanos, 483. — Note relative à la chaleur animale, 484. — Méningo-encéphalomyélite aiguë déterminée chez le chien par le bacille de la septicémie du cobaye, 384. — **Académie de médecine** : *Séance du 26 juillet* 1898. Présidence de M. Panas. — Vaccine, 486. — Eaux minérales, 486. — Cystostomie sus-pubienne, 486. — Mission au M'zab, 487. — De la diminution de l'activité nerveuse dans les maladies de la peau et notamment dans le psoriasis, le cancer et la lèpre, 487. — **Société médico-chirurgicale de Paris** : *Séance du 11 juillet* 1898. Présidence de M. Tripet. — Emploi du protargol dans les inflammations des voies urinaires, 487. — Les bègues devant le conseil de révision pour le recrutement de l'armée, 488. — **Congrès de la tuberculose** : *Tenu à Paris du 27 juillet au 2 août* 1898. Présidence de M. Nocard. — Etude sur le mode d'emploi et la valeur clinique de l'agglutination du bacille de Koch par le sérum sanguin de l'homme, 488. — L'état actuel de l'hospitalisation des tuberculeux à Paris, 489. — Cas de tuberculose en série dans un village, 489. — De l'application des rayons Rœntgen au diagnostic de la tuberculose pulmonaire, 489. — Action des rayons X sur la tuberculose, 492. — Action négative de la fluorescence sur le bacille tuberculeux, 492. — Influence des rayons X sur la tuberculose expérimentale, 492. — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par les rayons X, 492. — Action des radiations électriques sur les toxi-infections tuberculeuses, 492. — La radiographie dans la coxalgie et particulièrement dans la coxalgie au début, 493. — Le terrain tuberculeux. Sa vaccination par la famille ou par la méthode des congénères, 493. — Résultats obtenus sur l'homme et sur les animaux de la nouvelle tuberculine TR de Koch, 493. — **Memento pratique** : Déodorisation de l'urine après ingestion d'asperges, 494 — **Jurisprudence médicale**, 494. — **Nouvelles**, 495. — **Feuilleton** : Les médecins de l'Hôtel-Dieu, du XVe au XIXe siècle (*suite*), 482.

OPHTHALMOLOGIE

—

Mydriase unilatérale. — Troubles oculaires réflexes d'origine nasale (1).

Par le Dr Carra

Jeune garçon âgé de 12 ans, fort et vigoureux pour son âge, se présente à notre consultation pour une dilatation pupillaire excessive de l'œil droit. L'affection pour laquelle il nous consulte date d'une huitaine de jours seulement. L'enfant se plaint d'être ébloui par le grand jour, de maux de tête ou pesanteur, quand il veut trop longtemps s'appliquer à un travail délicat : lire et écrire. Pour diminuer la gêne éprouvée dans son œil droit, il applique, dit-il, la main sur la paupière supérieure et le sourcil, ou l'applique complètement sur l'œil pour ne se servir que de celui du côté gauche. Dans cette situation il se fatigue moins. Dehors la grande lumière l'éblouit et il contracte ses sourcils et orbiculaires de façon à ce que les paupières appliquées l'une parallèlement à l'autre, les rayons lumineux ne puissent impressionner la rétine. Le rideau palpébral supplée ainsi à l'iris dilaté

Par l'interrogatoire du petit malade nous apprenons que dans ces derniers temps il n'a fait aucune maladie, il n'a souffert d'aucune indisposition. Rien à relever dans les premières années. Ses parents sont sains, forts et vigoureux ; ils ont eu 4 enfants, tous bien portants : le malade est le troisième. Dans ces derniers mois, on ne relève rien à son actif : pas de fièvre gastrique, pas de diarrhée, pas d'indigestion de coquilles de Saint-Jacques (cas du professeur Panas), pas de constipation opiniâtre, pas de nausées, pas de vomissements, pas d'helminthes dans le tube digestif.

A l'examen objectif, l'œil ne révèle rien. Il est normal ; vision égale 1 ; le fond d'œil normal, très clair et limpide comme est le fond d'œil de l'adolescent ; les veines inférieures rétiniennes sont légèrement dilatées mais non sinueuses. Du côté de l'accommodation rien à consigner, elle existe tout entière. L'enfant lit bien à 30 centimètres les plus petits caractères de l'échelle de Kern (pour la lecture). La pupille est dilatée à son extrême, pas de réflexes accommodatifs, pas de mouvements appréciables en faisant fortement converger les deux yeux en dedans.

L'œil gauche absolument physiologique et normal. La lèvre supérieure du petit malade n'est pas exubérante, épaisse et large comme chez les strumeux ou scrofuleux. Les maxillaires supérieurs et inférieurs paraissent bien venus et bien conformés.

La dentition est régulière, saine, pas de dents qui chevauchent les unes sur les autres. Elles sont simplement très rapprochées les unes des autres, il n'y a pour ainsi dire pas d'interstice dentaire. Le palais n'est pas ogival, les amygdales sont plutôt volumineuses, elles débordent un peu en dehors de la logette formée par les piliers antérieurs et postérieurs. Un point cependant attire notre attention : les parents, interrogés, nous disent que l'enfant dort le plus souvent la bouche ouverte, que certaine nuit il ronfle bruyamment ; qu'il s'enrhume facilement, mais ses rhumes sont passagers,

(1) Communication faite à la Société médicale du Louvre. Séance du 19 juillet 1898).

durent trois ou quatre jours au plus : c'est plutôt de l'enchifrènement qu'un coryza aigu. A l'examen sommaire des narines, nous nous apercevons que la droite paraît offrir à l'air un passage plus étroit que la gauche, des croûtes et des mucosités y sont accumulées. Devant cette découverte, nous conseillons aux parents de consulter au plus tôt un rhinologiste pour nous apporter l'appui de son diagnostic qui ici peut être d'une importance capitale. L'œil qui est situé tout à côté du nez, par ses connexions nerveuses avec ce dernier, doit subir l'influence de réflexes partant des cavités nasales. Nous pouvons tous d'ailleurs citer des exemples de cette connexion : Le coryza amène du larmoiement, la goutte d'atropine, injectée dans l'œil, amène souvent de l'éternuement chez l'enfant par exemple une cautérisation trop violente, des impressions lumineuses trop intenses peuvent produire le même phénomène. On doit donc penser à juste titre que le rôle du trijumeau s'étend sur les deux organes olfaction et vision et que ce nerf est facteur des troubles réflexes relatés dans notre observation. D'ailleurs, dans la littérature ophtalmologique de pareils faits sont déjà relatés. Ils sont assez rares, mais à mesure que la question est plus connue, ils deviennent plus nombreux et par cela même plus démonstratifs. Jusqu'à plus ample informé, nous diagnostiquons masses polypoïdes des narines et rétro-pharynx, mydriase par troubles réflexes.

En attendant nous instituons le traitement suivant : Infusion de camomille chaude, en lotionner l'œil malade et renifler de cette solution dans le creux de sa main plusieurs fois par jour, une dizaine de minutes chaque fois. Le soir, en se couchant, dans l'œil droit et dans la narine droite, de la pommade à l'acide borique faible, à laquelle on joint 0,20 centigr. de chlorhydrate de cocaïne; dehors porter une paire de lunettes forme coquille dont la teinte fumée du verre droit sera plus accentuée que celle de l'œil gauche.

Eviter tout travail appliqué, etc.

Purger l'enfant demain à la première heure. Quelques jours après l'enfant nous revient dans le même état, mais nous apportant le diagnostic du rhinologiste, mon excellent ami le Dr Krieger, élève du Dr Lubet-Barbon :

Petites tumeurs adénoïdes du rétro-pharynx ; polypes de grosseur moyenne des cornets moyens et inférieurs de la narine droite. Je conseille vivement à la mère de faire opérer l'enfant de ces diverses tumeurs polypoïdes.

Quinze jours après, l'enfant, opéré de 8 jours, revient me voir : la mydriase avait complètement disparu, plus de photophobie, plus de céphalée : la cure était complète et radicale.

Depuis seulement quelques années de pareils faits nous ont été appris. Hack, en 1882, est un des premiers à avoir démontré que le gonflement unilatéral du segment antérieur du cornet moyen peut entraîner des troubles réflexes du côté des yeux.

Gruening, en 1886, Lennox Brown, 1887, de Bittman, 1887, ont rapporté des observations propres à entraîner notre conviction. Trousseau en 1889 rapporte plusieurs observations fort significatives et tout à fait instructives : telle l'observation d'une jeune fille de 18 ans, atteinte de blépharospasme double très gênant, à laquelle il alla même jusqu'à proposer la résection du nerf sus-orbitaire gauche, voyant que tous les traitements n'amenaient aucun résultat, et qui fut guérie à la suite d'ablation de polypes assez petits et peu nombreux.

Le médecin oculiste ne saurait donc trop savoir les

FEUILLETON

—

Les médecins de l'Hôtel-Dieu, du XV^e^ au XIX^e^ siècle.

(*Suite*) (1).

Au point de vue matériel, et malgré les agrandissements et améliorations qui avaient été faits sous Henri IV et sous la direction de Claude Vellefaux, maître maçon juré, tout laissait à désirer, et l'Hôtel-Dieu ne pouvait suffire à loger tous les malades, d'où la nécessité d'en coucher plusieurs dans le même lit. Au mois de décembre 1698, on compta jusqu'à 2.225 malades ; au mois de décembre 1699, on en compta 2.442 ; et au mois de juillet de la même année, où l'on compta le moins de malades de toute l'année, il y en avait 1761. Au mois de mai 1700, le chiffre s'éleva à 2.888.

On se demande comment pouvaient faire les six médecins ordinaires et les deux expectants pour visiter en *une* heure les pauvres malades.

Les médecins ordinaires étaient alors :

Enguehard,
Marteau,
Afforty,
Emmerez,
De Bourges.

On attendit quelque temps avant de remplacer le médecin ordinaire Morin, qui était mort le 18 juillet 1699.

En 1704, J.-B. Doye, qui était expectant depuis plusieurs années, fut nommé médecin ordinaire en remplacement de Marteau, qui est mort le 26 mars 1704. Doye fut élu doyen de la Faculté de 1714 à 1716. A ce titre, et suivant une ancienne coutume, il assista à l'autopsie de Louis XIV, le 2 septembre 1715 (1). L'autopsie fut pratiquée avec le cérémonial obligé : après quoi, un repas fut servi à Versailles, repas auquel furent invités les médecins, mais on n'admit pas les chirurgiens qui, dit le doyen Doye, s'en allèrent probablement dîner au cabaret, *in aliquam, ut reor, propinam ad sese reficiendum recepere* (2).

« Nous avons changé tout cela », diraient, avec Molière, nos chirurgiens d'aujourd'hui.

(1) Voir *France médicale*, nos 23, 28, 29.

(1) Corlieu, *La mort des rois de France*, Paris, 1892, in-8, p. 167 et 174.

(2) Commentaires de la Faculté de médecine, t. XVIII, p. 86 et suiv.

rapports qui existent entre les maladies des yeux et des organes nasaux, pharyngiens et rétro-pharyngiens. Souvent un traitement exclusivement nasal suffit pour guérir une affection qui paraît être exclusivement oculaire. Je ne veux pas faire une incursion détaillée dans la littérature ophtalmologique, je renvoie le lecteur aux plus belles observations de Gruening, Lennox Brown, Trousseau et de tant d'autres. Elles sont tout à fait instructives, il est utile qu'un médecin les connaisse à son plus grand profit et à celui surtout de ses malades.

BIBLIOGRAPHIE

Les états neurasthéniques, par GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1898. 1 vol. 92 p.

Dans ce volume qui appartient à une collection que nos lecteurs connaissent déjà, M. Gilles de la Tourette aborde un sujet d'actualité, celui de la neurasthénie. Depuis longtemps déjà il est un peu de mode de ranger sous ce nouveau vocable une foule d'états nerveux qui, à tort ou à raison, ne peuvent rentrer dans les anciens cadres de la pathologie nerveuse. La dénomination facile de neurasthénie couvre dans certains cas des erreurs de diagnostic, parce qu'on a une tendance marquée à l'appliquer à des états mal définis. M. Gilles de la Tourette distingue l'état neurasthénique vrai, l'état neurasthénique héréditaire ou constitutionnelle, l'état hystéro-neurasthénique. Il envisage dans cette monographie très claire l'étiologie, les symptômes, l'évolution clinique, le pronostic et le diagnostic différentiel des états neurasthéniques, il décrit encore l'association hystéro-neurasthénique et expose enfin le traitement, le régime et la thérapeutique morale de la neurasthénie.

Ce volume augure bien de la collection des actualités médicales que rechercheront tous ceux qui tiennent à se tenir au courant des progrès des sciences médicales. Nos lecteurs connaissent déjà *la grippe* par M. Galliard, bientôt nous aurons le diabète par R. Lépine, la diphtérie par H. Barbier, le goître exophthalmique par Jaboulay, etc. Nous ne pouvons douter du succès de cette collection. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 25 juillet 1898. — Présidence de M. WOLF.

La thermogénèse dans le tétanos. — MM. D'ARSONVAL et CHARRIN. — On sait que si l'on injecte de la toxine tétanique sous la peau d'un animal, lapin, cobaye, etc., il s'écoule toujours un certain temps avant l'apparition des grands accidents spasmodiques; il est difficile, tout en usant de doses énormes, de réduire cette période d'incubation à une durée inférieure à dix heures (1). D'autre part, tel phénomène, la température périphérique, par exemple, se modifie, s'élève sensiblement; mais ces élévations exigent aussi cette même période d'incubation.

Nous nous sommes demandé quelle influence pouvaient avoir ces toxines tétaniques sur la thermogénèse, quels changement surviendraient en remplaçant le thermomètre par le calorimètre.

Après avoir réglé l'appareil avec soin, nous avons pris des courbes de lapins normaux; puis, à ces mêmes lapins nous avons injecté de la toxine tétanique, utilisant tantôt un liquide capable de restreindre l'incubation à vingt-

(1) Travaux de Courmont et Doyon.

En 1708, il était entré à l'Hôtel-Dieu 17.830 malades, et l'année 1709 s'annonçait comme devant être très malheureuse, par suite du froid et de la disette. Il était entré 12.845 malades dans les six premiers mois.

Le 12 janvier 1709, le Bureau décida que, lorsqu'il y aurait une vacance on en informerait le doyen de la Faculté de médecine, pour qu'il en avertît les médecins. Les fonctions de médecin expectant continuèrent à être gratuites.

Tournefort, qui avait été nommé expectant en 1702, étant mort le 28 décembre 1708, fut remplacé le 23 février 1709 par Charles Bompart (1). Tournefort est plus connu comme botaniste que comme médecin; il s'était fait recevoir docteur le 7 décembre 1696 et sa thèse, dédiée à Fagon, avait fait grand bruit à la Faculté (2). Il avait compté Bossuet parmi ses clients.

Le 15 février 1710, on proposa d'augmenter le nombre des expectants, qui fut porté à quatre :

Ce furent :

Chomel, P. J. B.
Lémery, Louis,
Herment, Jean,
Fontaine, Philippe.

Les quatre expectants furent vite nommés médecin ordinaires.

Lémery, fils de l'apothicaire chimiste Nicolas Lémery, se fit surtout connaître comme chimiste. Reçu docteur le 6 novembre 1698, suppléant de chimie au Jardin du Roi, il avait publié en 1702 un *Traité des aliments*, et en 1704 une *Dissertation sur la nourriture des os*. Il acheta une charge de médecin du roi en 1722 et succéda en 1731 à Geoffroy, comme professeur de chimie au Jardin du Roi. Membre de l'Académie des sciences, il est mort le 9 juin 1743, après être resté médecin de l'Hôtel-Dieu jusqu'à son décès.

Chomel, Pierre-Jean-Baptiste, né le 2 septembre 1671, à Paris, s'était fait recevoir docteur le 9 janvier 1697. Ses relations avec Tournefort et Fagon attirèrent l'attention sur lui et lui permirent d'acheter une charge de médecin du roi. Il fut élu doyen de la Faculté de médecine en 1738, et il eut à intervenir énergiquement dans la lutte que les chirurgiens entreprirent alors contre la Faculté. Il est mort le 3 juillet 1740 et fut inhumé dans l'église Saint-Benoit, aujourd'hui détruite. Comme médecin, il n'a laissé d'autre souvenir que son *Abrégé de l'histoire des plantes*, qui eut plusieurs éditions.

En 1720, on ouvrit de nouvelles salles; on nomma un

(1) Docteur le 28 juin 1697, mort le 13 janvier 1717.
(2) CORLIEU, *L'Ancienne Faculté de médecine*, p. 215.

quatre heures, tantôt un liquide étendant cette incubation à deux ou trois jours.

Dans tous les cas, nous avons vu assez promptement, parfois trois ou quatre heures après l'injection, la courbe perdre sa régularité : elle tend tout d'abord à s'élever, puis à s'abaisser, sans s'écarter beaucoup de la normale. Mais le phénomène dominant consiste dans l'apparition de petites oscillations qui vont en augmentant à mesure qu'on se rapproche de la phase des crises; ces crises, ces spasmes musculaires, s'inscrivent pour ainsi dire sous forme d'ondulations.

Néanmoins, si l'on considère l'ensemble des courbes obtenues, on voit que la chaleur émise, alors que la température centrale s'élève, est souvent plutôt inférieure que supérieure à la normale : il y a désaccord entre le calorimètre et le thermomètre.

C'est là une des conclusions de ces recherches, conclusion qui s'ajoute à bien d'autres analogues établies par l'un de nous (2).

Ces recherches permettent aussi de remarquer que certaines modifications, celles qui ont trait à la thermogénèse, sont moins tardives que les contractures des muscles; la période d'incubation tend à diminuer de plus en plus, lorsqu'on s'adresse à des appareils qui permettent de réaliser des observations plus délicates que celles qu'on peut faire à l'œil nu.

Note relative à la chaleur animale. — M. Emile Blanchard. C'est en ces termes que j'ai rappelé autrefois les résultats de mes observations et de mes expériences sur la chaleur animale chez les Insectes : Une conséquence de la respiration est la production de chaleur.

Cette production est en général d'une extrême faiblesse chez tous les animaux à sang froid, dont la respiration est fort peu active. Il en est ainsi pour tous les insectes qui s'agitent médiocrement. Mais chez ceux dont les mouvements deviennent très énergiques et continus, la respiration s'accélère, un dégagement de chaleur parfois assez considérable se produit. Tout le monde sait qu'il règne souvent une température fort élevée dans l'intérieur des ruches d'abeilles. Newport s'est attaché à déterminer les températures que peuvent atteindre ces Insectes dans les différentes circonstances de leur vie; mais quelques expériences faites sur des Lépidoptères qui étonnent toujours par la rapidité et la continuité de leur vol, les Sphinx, nous ont fourni la preuve que les Insectes étaient véritablement des animaux à sang chaud dans leurs instants d'extrême activité.

Newport avait reconnu le fait à l'égard du Sphinx du Liseron (*Sphinx convolvuli*).

Le Dr Breyer, observant la même espèce par une température de 17°, s'assura que la chaleur du corps de l'Insecte s'était élevée à 32°.

M. Maurice Girard, qui s'est beaucoup occupé de cette intéressante question, a constaté de son côté une élévation de température très remarquable chez les Sphinx Tête de mort.

Or, après ces faits bien reconnus, lorsque nous reportons notre attention sur les Insectes voyageurs, les Sauterelles et surtout les Criquets, nous sommes assurés que ces animaux, déployant toute l'énergie de leurs mouvements, consomment alors une assez grande quantité d'oxygène; que l'air dont ils sont gonflés, se trouvant acquérir une forte chaleur, acquiert plus de légèreté sous le même volume. Les Criquets voyageurs deviennent de petites montgolfières, et tout explique comment ces animaux pesants sont rendus capables de traverser d'immenses espaces.

Méningo-encéphalo-myélite aiguë déterminée chez le chien par le bacille de la septicémie du cobaye. — MM. C. Phisalix et H. Claude. Si l'on introduit dans la veine saphène d'un chien 1cc. à 2cc. d'une culture récente du microbe de la septicémie du cobaye, dont les principaux caractères ont été décrits par l'un de nous (1), on détermine une infection aiguë, qui évolue de la manière suivante :

Moins d'une heure après l'injection, l'animal vomit toute la nourriture qu'il avait prise, puis il devient triste, la tête s'incline ; il est pris d'un tremblement généralisé, les conjonctives s'injectent ; il survient des vomissements de bile, de la diarrhée. En même temps, la température monte de 38° à 40°, pour redescendre, le lendemain, aux environs de 39°.

Le deuxième jour, l'animal a une attitude caractéristique : il se tient à peine debout ; quand il essaie de marcher, le train de derrière oscille ; aussi il reste immobile, la tête baissée, les pattes postérieures ramenées en avant et écartées ; la colonne vertébrale est incurvée et le corps est comme ramassé sur lui-même.

Le troisième jour, les symptômes s'accentuent ; la tête

(2) D'Arsonval. Travaux du laboratoire de M. Marey; 1878.

septième médecin ordinaire et quatre expectants. Fontaine, Philippe, fut chargé de ce nouveau service le 21 février 1720, et Emmerez, Louis-Simon, fils, qui venait d'être reçu docteur, fut nommé expectant en considération des longs services rendus par son père pendant plus de trente ans.

En 1721, les médecins de l'Hôtel-Dieu étaient :

Afforty, père,
Emmerez, père,
Herment,[1]
Lémery,
Chomel,
Fontaine,
Bompart.

Doye étant mort le 17 octobre 1721 fut remplacé par Afforty (1), Pierre, fils, le 8 décembre 1721, aux appointements de 400 livres.

Philippe Fontaine, décédé le 15 novembre 1724, fut remplacé le 10 janvier 1725 par André Delaleu, qui avait été reçu docteur le 13 octobre 1714. Emmerez, père, décédé le 29 octobre 1729, eut pour successeur, le 7 décembre, François Bailly, qui avait été reçu docteur le 3 octobre 1714. Il avait été élu professeur de physiologie et de pathologie en 1738.

Guy Erasme Emmerez, décédé le 29 octobre 1729, avait eu pour parrain Guy Patin : il avait été élu doyen de la Faculté en 1721, et c'est lui qui a légué à l'Ecole le portrait si connu de Guy Patin, qui est actuellement dans le foyer des professeurs et qui a été peint par Masson en 1670.

(*A suivre.*) A. Corlieu.

(1) Docteur le 20 novembre 1714, décédé le 8 décembre 1741.

(1) *Comptes rendus de la Société biologique*, 16 juillet 1898.

reste fléchie et, quand on cherche à lui imprimer des mouvements, l'animal pousse des cris de douleur ; les muscles du cou sont légèrement contracturés ; toute la région cervicale paraît immobilisée. Quelquefois on observe un tremblement de la tête avec du nystagmus. Souvent il y a de la polyurie avec incontinence.

Le quatrième jour, les symptômes s'aggravent, l'animal reste couché, inerte sur le flanc. De temps en temps, il a des crises convulsives très douloureuses, la tête est en opistothonos, les pattes antérieures sont contracturées dans l'extension ; les pattes postérieures, repliées sous le ventre, sont agitées de secousses cloniques. On croirait avoir affaire à une crise paroxystique de tétanos. La sensibilité est tellement augmentée qu'il suffit de toucher l'extrémité des poils pour provoquer des hurlements de douleur et la crise convulsive. Un choc brusque sur le sol où l'animal repose et même le simple simulacre d'approcher la main suffit à le faire crier.

Cet état peut durer plusieurs jours. Puis l'hyperesthésie diminue, la température qui, jusque-là, s'était maintenue entre 37° et 38°, baisse progressivement, les mouvements du cœur et de la respiration se ralentissent et l'animal meurt dans l'algidité.

L'évolution et la durée de la maladie varient suivant diverses conditions. L'hyperesthésie peut faire défaut. A côté des troubles nerveux, on observe quelquefois d'autres accidents, par exemple des abcès multiples, des hémorrhagies abondantes de la muqueuse stomacale et intestinale, des endocardites végétantes, surtout au niveau des sigmoïdes aortiques, des néphrites avec albuminurie. Mais ce qui caractérise surtout cette infection, c'est qu'on détermine, *à coup sûr*, des phénomènes de méningo-encéphalomyélite caractérisés par les lésions suivantes :

Les méninges cérébrales sont congestionnées, épaissies, surtout au niveau de la base du cerveau et de la région pédonculaire. Une sérosité purulente, tantôt louche, blanchâtre, tantôt épaisse, brunâtre, recouvre les hémisphères et se collecte surtout dans les ventricules latéraux et moyens où elle forme un dépôt pseudo-membraneux. Parfois, quand les accidents ont été moins aigus, le liquide méningé et ventriculaire reste clair ; mais, fait important, il contient néanmoins, comme dans les cas précédents, le microbe pathogène. La substance cérébrale est injectée, l'écorce grise a souvent une teinte hortensia bien accusée. Il n'y a pas de foyers d'hémorragie ni de ramollissement ; mais la pie-mère est adhérente, la surface corticale est dépolie, érodée, ainsi que la surface des ventricules dont la cavité est très dilatée. Les trous de Monro sont largement béants, ainsi que l'aqueduc de Sylvius. Enfin le canal épendymaire est remarquablement élargi dans toute la hauteur de la moelle cervicale et la plus grande partie de la région dorsale. Nous verrons plus loin que cet élargissement est dû en réalité au ramollissement de la substance péri-épendymaire. Même exsudat séro-purulent autour des méninges médullaires et dans l'épendyme ; mais le ramollissement ne s'étend pas au-delà de la zone péri-épendymaire. La substance grise de la moelle est injectée et offre une teinte uniforme saumonée. Il n'y a pas d'hémorrhagie. La moelle lombaire et sacrée nous a toujours paru respectée, le canal de l'épendyme a ses dimensions normales.

Examen histologique. — Dans l'espace sous-arachnoïdien du cerveau, dans la pie-mère, dans les plexus choroïdes, on constate une quantité considérable de leucocytes, mono et polynucléaires mêlés ou non à des globules rouges. Les vaisseaux sont dilatés, leur gaine est remplie des mêmes éléments. La substance cérébrale est ramollie dans ses parties corticales, elle est remplie de cellules rondes, surtout abondantes au voisinage des vaisseaux et dans la gaine de ceux-ci. Même aspect au niveau du cervelet, du bulbe et de la protubérance. Les cellules nerveuses, dans le cerveau comme dans le bulbe, sont très altérées.

Dans la moelle, les lésions ne s'étendent pas au delà de la région lombaire. Sur toute la hauteur des régions cervicale et dorsale, où l'on constate une dilatation considérable du canal de l'épendyme, l'épithélium a disparu. Les parois de la cavité sont formées par la substance grise ramollie et plus ou moins entamée, de telle sorte que, sur certaines coupes, il n'existe plus qu'une faible partie des cornes antérieures, toute la région moyenne de la substance grise et la partie antérieure des cornes postérieures étant détruites par le processus inflammatoire.

A l'intérieur de cette cavité, on constate une grande quantité de leucocytes, la plupart polynucléaires, plus ou moins dégénérés (corps granuleux). Ces éléments sont également très abondants dans la substance grise ramollie, et même dans les cornes antérieures. Enfin toute la substance blanche est infiltrée de cellules rondes qui forment un épais manchon autour des artérioles. Les cellules nerveuses sont pour la plupart complètement détruites. Quelques-unes toutefois subsistent encore très altérées, comme le montre la coloration de Nissl. Le sillon antérieur est rempli de leucocytes qui gagnent les espaces méningés et les gaines des nerfs. Dans les ganglions rachidiens, on constate la même infiltration embryonnaire, des foyers hémorrhagiques ; enfin les cellules offrent des degrés divers de désintégration allant jusqu'à la nécrose de coagulation. Dans les régions lombaire et sacrée les coupes de la moelle contrastent par leur intégrité relative avec celles des régions supérieures. Le canal de l'épendyme est normal ; on y trouve seulement quelques leucocytes disséminés, de même que dans la gaine des artères péri-épendymaires, et dans les méninges.

La substance nerveuse ne présente pas de ramollissement ; elle est toutefois un peu enflammée, parsemée de cellules rondes ; les capillaires sont dilatés, entourés de quelques éléments embryonnaires. Enfin les cellules nerveuses sont en général assez malades, sans être frappées mortellement comme dans les parties supérieures.

Tels sont, d'une manière générale, les faits que nous avons observés et les lésions constatées dans les cinq cas que nous avons pu suivre. Quatre d'entre eux étaient relatifs à des méningites purulentes. Dans un seul l'exsudat était séreux et l'évolution de la maladie fut plus longue. Dans tous, la présence du microbe dans l'exsudat méningé fut prouvée par les cultures.

En dehors de l'action pathogène presque spécifique de ce bacille sur les centres nerveux du chien, ces faits sont encore intéressants par le caractère particulier des lésions qui, contrairement à ce que l'on observe dans la plupart des autres infections, semblent se localiser avec élection aux régions supérieures des centres, et non sur la région lombo-sacrée, et affecter surtout les méninges, les ventricules et l'épendyme.

Enfin les caractères symptomatiques, comme les altérations anatomiques, permettent de rapprocher ces faits expérimentaux de certains types de méningite cérébro-spinale de l'homme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1898. — Présidence de M. Panas.

La correspondance comprend une lettre de M. le Dr Larger, de Maisons-Laffite, qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté (accepté).

M. le Président annonce que MM. Monod et Besnier seront, sur la demande de cette commission, adjoints à la commission de la tuberculose.

Vaccine. — M. Hervieux termine le rapport officiel sur la vaccine, dont il avait commencé la lecture dans la séance précédente. Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

Eaux minérales. — M. Henriot lit, sur un certain nombre de demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales, un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Cystostomie sus-pubienne. — M. Antoine Poncet fait une communication sur la cystostomie sus-pubienne dans le prostatisme et la création temporaire ou définitive d'un méat hypogastrique. Ce travail est basé sur 114 opérations personnelles.

L'opération a pour but d'assurer le libre écoulement de l'urine par une voie contre nature, qui est la voie hypogastrique. Ses premiers temps sont, à quelques variantes près, les mêmes que ceux de la taille sus-pubienne. Le manuel opératoire en est donc des plus simples. Il n'en diffère vraiment, en dehors du siège, des dimensions de l'incision vésicale, etc., que par une dernière manœuvre, dans l'espèce, importante, qui est : la suture des lèvres de la vessie avec les bords de la paroi abdominale sectionnée. Ce dernier temps de l'opération qui lui vaut le nom de : *cystostomie*, et non simplement celui de : *cystotomie*, a pour but, en principe, l'établissement définitif d'un urètre contre nature.

Le grand avantage de l'opération est, par l'ouverture de la vessie, de conjurer les accidents immédiats de rétention, d'infection ; etc., en mettant au repos l'appareil urinaire tout entier.

Il est telle circonstance, cependant, où cette suture, par suite de conditions anatomo-pathologiques individuelles : grande épaisseur de la paroi abdominale, est particulièrement difficile, parfois même impossible. L'opération, qui n'est autre que la taille hypogastrique, comme pour un calcul, avec quelques différences dans le siège et les dimensions de l'ouverture vésicale, n'en est pas moins des plus utiles, quel que soit l'avenir du nouveau canal. Cystostomie, cystotomie sus-pubiennes sont deux opérations à peu près de même valeur thérapeutique. Cette dernière est cependant une sorte de pis-aller. Elle remplit moins bien que la cystostomie quelques indications immédiates et définitives.

La cystostomie ou la cystotomie, suivant les cas, ne sont que deux procédés d'une même méthode que je préconise depuis dix ans contre les accidents urinaires graves, qui ne pouvaient être conjurés par les moyens jusqu'alors employés de traitement . cathétérismes répétés, sonde à demeure, ponctions de la vessie, etc. Depuis lors, mon opinion n'a pas varié, et j'ai montré que les indications d'agir étaient nombreuses, que non seulement cette opération devait être considérée comme une suprême ressource, mais que, à la manière de beaucoup d'interventions, le pronostic en était subordonné à la gravité des lésions existantes, à l'état général du malade et non à l'opération.

L'ouverture méthodique de la vessie sur sa paroi antérieure a des indications fréquentes.

L'opération est indiquée chez les prostatiques que nous avions divisés déjà en deux grandes classes :

1° Les prostatiques indemnes de tout empoisonnement urineux et chez lesquels les urines, parfois, ne présentent pas d'altération pathologique. Il s'agit de *prostatiques mécaniques*, c'est-à-dire de sujets chez lesquels il existe un obstacle plus ou moins insurmontable à la miction. Chez eux les troubles fonctionnels dominent la scène et les malades doivent être considérés comme *non infectés*.

2° Les prostatiques offrant des signes d'urinémie, de septicémie urinaire. Les troubles fonctionnels passent alors fréquemment au second plan. Le danger réside dans l'aggravation d'accidents généraux déjà existants.

Pour la première catégorie de sujets, chez les prostatiques mécaniques, la cystostomie doit être pratiquée : lorsque le cathétérisme est impossible, lorsqu'il est particulièrement difficile, douloureux, urétrorragique, thermogène, mal supporté, redouté par le malade, toutes conditions qui le rendent dangereux ; lorsqu'il existe des fausses routes, dans le cas également d'hémorrhagies vésicales ayant résisté à d'autres traitements, dans le cas d'hématocèle vésicale, de caillots sanguins volumineux faisant, malgré la sonde, obstacle à la miction, etc... Nous rejetons l'emploi de la sonde à demeure et les ponctions avec les aiguilles capillaires, les trocarts. Lorsque ces moyens de traitement paraissent indiqués, il faut leur substituer la création d'un méat hypogastrique, opération méthodique, bien réglée et innocente.

La cystostomie est tout aussi indiquée : chez les prostatiques empoisonnés, c'est-à-dire chez ceux atteints d'urinémie, d'infection urinaire : forme aiguë, forme chronique grave avec ses diverses modalités. Dans les cystites infectieuses aiguës, dans les cystites chroniques, rebelles, douloureuses, ayant résisté au traitement cathétérien, aux lavages de la vessie, etc., la cystostomie trouve ses indications. Elle sera parfois le seul moyen chez les urinaires dont l'état général trahit l'infection, et cela, malgré la facilité avec laquelle la sonde arrive dans la vessie, de triompher d'un empoisonnement urineux, dont le pronostic, quelle qu'en soit la forme, reste toujours des plus réservés.

Pour plus de simplicité, j'ai établi deux grandes classes de malades, mais cette classification est un peu artificielle et, en clinique, les distinctions sont loin d'être aussi nettes, raison de plus pour recourir à l'opération chez les urinaires mécaniques et infectés.

Le pronostic de l'intervention est naturellement tout différent, pour les prostatiques mécaniques, pour ceux qui n'ont que des troubles fonctionnels urétro-vésicaux, sans lésions, sans altération notable de l'appareil urinaire supérieur. La guérison doit être alors considérée comme la règle (je compte 37 guérisons sur 39 cas, 2 morts d'intoxication

urinémique se rattachant à des lésions rénales, non manifestes au moment de l'opération), et, pour me servir d'une comparaison visant une opération acceptée par tous, la kélotomie, je puis assurer que la cystostomie n'est pas plus grave qu'une kélotomie inguinale ou crurale par exemple, lorsque l'intestin peut être considéré comme sain.

Existe-t-il, au contraire, des signes d'urinémie, de septicémie urinaire qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une pyélo-néphrite ascendante, le pronostic de l'opération est différent. Il est, on le comprend, subordonné à la gravité de l'état général, au degré de l'empoisonnement urineux, et l'on trouve alors une mortalité relativement élevée et qui s'est toujours expliquée, à l'autopsie, par des altérations des reins. C'est ainsi que nous comptons : 1° 16 morts dans l'empoisonnement urinaire à marche aiguë sur 29 opérés; 2° 13 morts dans l'empoisonnement urinaire chronique sur 46 opérés.

Aussi sommes-nous partisan de l'intervention précoce qui peut seule, en faisant disparaître la rétention et les phénomènes congestifs concomitants, en modifiant puissamment le terrain local, au point de vue de son infection, triompher d'accidents qui suivent une marche à peu près fatale.

Opération d'urgence, de nécessité, la taille constitue, à l'heure actuelle, une puissante méthode de traitement des complications urinaires. Elle a des indications propres, et d'autres, au même titre que l'anus artificiel, que la cholécystostomie dans les infections des voies biliaires (Terrier), etc...

Dans les lésions incurables, qu'il s'agisse d'une hypertrophie simple de la prostate, rendant la miction impossible définitivement, que l'on ait affaire à un cancer de cet organe, à une tumeur inenlevable de la vessie, provoquant des troubles urinaires graves, des hémorragies abondantes, rebelles, des douleurs vives, continues, etc., la cystostomie, qui assure mieux un méat permanent, reprend tous ses droits sur la cystotomie.

J'ai envisagé les résultats immédiats ou post-opératoires, il me reste à montrer les résultats éloignés, c'est-à-dire la fonction du nouvel urètre chez les anciens cystostomisés. La permanence du méat artificiel reconnaît pour cause chez eux, je l'ai déjà signalé, l'incurabilité de l'obstacle prostatique se traduisant par la supression complète de la fonction normale. Cette cause de persistance de l'urètre sus-pubien a été bien mise en lumière par les recherches de Lagoutte et de Delore, qui ont nettement établi que le méat hypogastrique n'est jamais que temporaire, lorsque la miction se rétablit par la voie naturelle.

Mission au M'zab. — M. Huguet lit une première note sur les résultats de la mission qu'il vient de remplir au M'zab pendant seize mois.

De la diminution de l'activité nerveuse dans les maladies de la peau et notamment dans le psoriasis, le cancer et la lèpre. — Le Dr Bouffé fait une communication sur les troubles nerveux que l'on rencontre au cours de ces majadies et qu'il a pu déceler en soumettant les urines des sujets à l'analyse.

Déjà, en 1895, en présentant à l'Académie le travail du Dr Bouffé : *Nature et traitement du psoriasis*, M. Alb. Robin insistait sur l'origine nerveuse du psoriasis, à laquelle se rattachait l'auteur.

Mais cette théorie manquait alors de la sanction scientifique qu'il nous apporte aujourd'hui : viz la présence constatée dans les urines d'un syndrôme pathognomonique de la diminution de l'activité nerveuse des malades affectés de psoriasis, caractérisé par une différence dans les rapports de l'acide phosphorique à l'azote total.

Ce symptôme révélateur assoie sur une base solide la théorie nerveuse du psoriasis qu'il restait à démontrer. Il apporte de plus un appui à la thérapeutique préconisée par M. Bouffé, depuis cinq ans, dans le traitement du psoriasis et autres affections, telles que le cancer et la lèpre, et qui consiste à envigorer le système nerveux.

Par son action puissante, dynamogénique sur le système nerveux, par sa reconstitution active de la cellule, action qui s'exerce lentement, sans aucune excitation de l'organisme, l'Orchitine, ce tonique sédatif par excellence des centres nerveux, doit avoir la préférence sur tout autre moyen dans la cure de ces états où domine la défaillance nerveuse.

L'Orchitine est aussi bien applicable dans les affections où il n'existe que des troubles de la nutrition, telles que le psoriasis et le cancer, que dans celles où ces troubles sont une conséquence de l'infection microbienne exercée sur le système nerveux par le microbe et sa toxine, telles que la lèpre.

C'est ainsi qu'en envigorant l'organisme par les injections d'orchitine qu'il a pratiquées d'une façon ininterrompue et méthodique depuis cinq ans dans le psoriasis, il est arrivé à une statistique de 77 p. 100 de guérisons, et sur quatre cas de lèpre tuberculeuse et nerveuse, il a obtenu deux améliorations évidentes et deux guérisons qui se maintiennent depuis deux ans.

A 4 heures 15 minutes l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

Séance du 11 juillet 1898. — Présidence de M. Tripet.

Emploi du Protargol dans les inflammation des voies urinaires. — M. Desnos. Connu depuis peu, le protargol a fait une fortune rapide et son emploi, d'abord limité à la blennorrhagie, paraît s'étendre à plusieurs autres infections des voies urinaires. Je passerai toutefois assez rapidement sur ces faits, n'en ayant encore observé qu'un petit nombre. Il m'a surtout été utile contre les infections des prostatiques et dans les cas d'intolérance vésicale, si fréquents chez les malades de ce genre ; cet agent a été particulièrement bien supporté dans deux cas de cystite calculeuse persistant après le broiement des calculs, j'en ai été satisfait ; par contre il m'a semblé irritant et impuissant contre les infections accompagnant les néoplasmes vésicaux.

Mais c'est encore, je le répète, contre les affections blennorrhagiques que le protargol est précieux. Entre les mains de Balzer, de Noguès, de Hardoutoff, de Guillon, etc, il a donné des résultats remarquables ; employé soit en injections à 1/4 p. 100 soit en grands lavages ; je crois pour ma part à sa grande efficacité sans le placer d'emblée toutefois au-dessus du permanganate de potasse. Les plus grands avantages que j'en ai retirés me viennent de son emploi en instillations dans les urétrites chroniques. Pour celles-

ci, je me suis servi de solutions à 5 p. 100 en moyenne, après avoir essayé des titres divers variant de 1 à 15 p. 100; la technique n'est pas différente de celle des instillations ordinaires, c'est-à-dire qu'on ne doit pas injecter dans l'urètre une grande quantité de liquide, mais se limiter à 40 ou 60 gouttes. La sensation provoquée est à peine douloureuse et consiste surtout en une gêne plus ou moins vague et mal limitée avec des besoins d'uriner en général peu impérieux ; elle est infiniment moins violente qu'avec le nitrate d'argent ou le sublimé.

Les effets obtenus sont remarquables : les gonocoques, dans les rares urétrites chroniques qui en contenaient encore, ont disparu rapidement ; son indication principale réside dans les urétrites chroniques sans gonocoques, dans celles qui se réduisent à un suintement léger ou à quelques filaments dans l'urine ; beaucoup de celles-ci qui avaient été soumises à des traitements prolongés ont été rapidement guéries avec un nombre d'instillations qui a varié de 3 à 18. Contre les urétrites tuberculeuses, le protargol est moins bon ; il paraît agir presque uniquement sur les infections secondaires de la tuberculose et non sur l'élément bacillaire.

Enfin, dans 4 cas de cystite blennorrhagiques les instillations pratiquées, la vessie vide, ont amené une guérison rapide.

M. Tripet cite, à l'appui de ce que vient de dire M. Desnos, le cas d'un vieillard qu'il a eu à soigner, avec ce confrère d'ailleurs et chez lequel l'emploi du nitrate d'argent à 1/1000 était très douloureux tandis qu'il arriva à très bien supporter le protargol à 2/1000, puis même ensuite à 3 et 4/1000 ; ce qui prouve que l'emploi du protargol est certainement moins douloureux.

Les bègues devant le Conseil de révision pour le recrutement de l'armée. — M. le Dr Chervin. Le bégaiement est considéré, dans tous les pays, comme un cas d'exemption du service militaire. Chaque année, 1000 conscrits sont exemptés pour ce motif.

En raison des conditions particulières dans lesquelles évolue le bégaiement, les médecins civils sont souvent sollicités de délivrer un certificat constatant l'infirmité. M. Chervin pense qu'il n'est pas facile de se mettre à l'abri des supercheries des simulateurs et déclare que, pour sa part, il refuse tout certificat d'un bègue inconnu qui se présente à sa consultation ; à moins qu'il ne lui présente une attestation dûment légalisée du médecin traitant du jeune homme ou de sa famille déclarant qu'il connaît le sujet et certifie que le bégaiement est de date ancienne.

M. Chervin pense qu'il y a tout avantage pour les médecins consultants à ne délivrer des certificats pour certaines affections faciles à simuler qu'après entente avec les médecins traitants habituels. Leur bonne foi ne peut être ainsi surprise et la valeur du certificat ne peut plus être mise en doute.

M. Le Tellier. Il y a dans l'armée des bègues à tous les degrés. Au conseil de révision, il est bien évident qu'il est difficile au médecin militaire de lire tous les certificats qu'on lui présente. Mais il ne faut pas oublier que le conscrit subira ultérieurement un examen d'incorporation ; et enfin, s'il y a lieu, qu'il sera soumis à une période d'observation suffisante. Pour le bégaiement, en particulier, surtout s'il est très marqué, la chose ne peut longtemps se dissimuler au milieu d'une compagnie. Pendant les 11 ans qu'il a passés dans l'armée, M. Le Tellier n'a vu que quelques cas de bégaiement léger absolument compatible avec le service. En somme, pour les bègues, il ne croit pas à l'utilité du certificat. La chose est assez visible. Il en est tout autrement des affections qu'on ne peut déceler tout de suite, telles que le diabète ou l'albuminurie par exemple.

M. Groussin ne peut que se montrer partisan du procédé auquel recourt M. Chervin pour la délivrance du certificat. Pour son propre compte, il ne délivre jamais de certificat, seul ; il préfère s'adjoindre un confrère et il a soin de faire remarquer au malade l'importance des deux signatures. Il est de toute évidence qu'au point de vue professionnel, quand il se rencontre deux signatures de médecins au bas d'un certificat, celui-ci a plus de force et qu'en procédant ainsi on peut se mettre à l'abri de bien des ennuis.

M. Chervin. Il y a, par an, 1000 exemptés comme bègues, répartis en nombre variable selon les départements.

Il reconnaît que les conseils de révision fonctionnent mal et, comme le disait M. Tellier, non pas de la faute du service médical militaire, mais par suite des circonstances de temps et aussi des nécessités et exigences administratives. Certainement, en lui-même, pour la révision, le certificat peut n'avoir pas grande importance. Mais d'avance, une enquête a été faite sur le conscrit par la gendarmerie. Or, bien souvent, après semblable enquête, si elle est favorable, il y a exemption prononcée, sans que le conscrit ouvre la bouche. Le médecin du conseil de révision n'a dans ce cas que voix consultative, c'est pourquoi le certificat peut alors avoir du bon et se trouver utile.

Quant à l'examen d'incorporation, il est rarement suivi d'exemption parce que toujours l'autorité militaire garde une certaine défiance. Il y a toujours de grandes difficultés à obtenir l'exemption. C'est pourquoi, pendant quelques années, les casernes ont pu ressembler à de véritables cours de miracle. On y voyait des claudicants, des porteurs de lunettes de tous genres, etc... d'où consécutivement de grands cas de réformes se produisaient avec tous les préjudices possibles, pensions, etc..., conservation trop prolongée de sujets sur les limites de la tuberculose. Aussi doit-on se féliciter de la loi de réforme temporaire, qui est une chose excellente et un véritable remède à cet état de choses. Pour le bégaiement, en particulier, cette loi n'a guère d'importance ; mais, en somme, il ne peut jamais être nuisible, mais il peut être toujours très bon de délivrer un certificat quel que soit l'accueil futur qui lui soit réservé.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Paris du 27 juillet au 2 août 1898, sous la présidence de M. Nocard.

Etude sur le mode d'emploi et la valeur clinique de l'agglutination du bacille de Koch par le sérum sanguin de l'homme. — MM. S. Arloing et Paul Courmont. Ces auteurs ont continué les recherches publiées par M. Arloing au Congrès de Montpellier (1898) et à l'Académie des sciences (mai 1898) sur l'agglutination des cultures liquides homogènes du bacille de Koch. Ils ont employé de préférence des cultures homogènes en bouillon glycériné, âgées de 8 à 12 jours ; le mélange du sérum à la culture se fait dans les proportions de 1 pour 5 à 1 pour 20 dans des tubes où s'observe facilement, à l'œil

nu, la production du dépôt des agglutinants et la clarification du liquide dans un temps variant de quelques heures à vingt-quatre heures, limite qu'il ne faut pas dépasser.

1° *Chez les phtisiques à lésions avancées* (26 cas) la réaction a été positive dans 92 p. 100 des cas, négative dans 7 p. 100. Deux tuberculeux cavitaires n'ont pas donné l'agglutination.

2° *Chez les tuberculeux à lésions peu avancées* (pleurésies, induration des sommets) (22 cas) la réaction a été positive 95 fois p. 100. Elle n'a fait défaut que dans un seul cas où l'examen bactériologique n'a d'ailleurs pas confirmé le diagnostic clinique.

3° *Dans les cas de tuberculose chirurgicale* (adénites, arthrites...) la réaction a toujours été positive, mais souvent assez faible.

4° *Chez les malades non tuberculeux et les individus sains*, le sérum est, le plus souvent, non agglutinant; dans quelques cas il agglutine faiblement; dans quelques cas encore plus rares, la séro-réaction est forte. Les auteurs pensent qu'il s'agit, dans ces cas, de tuberculose latente comme l'autopsie en révèle souvent et qui pourraient être à l'avenir dépistés par la séro-réaction comme ils l'ont constaté dans plusieurs cas où des sujets non tuberculeux en apparence et présentant une séro-réaction positive ont été reconnus ultérieurement tuberculeux soit à l'examen clinique, soit mieux encore, à l'autopsie. En tout cas, l'existence à peu près constante de la séro-réaction dans les cas de tuberculose peu avancée donne les plus grandes espérances pour le *séro-diagnostic de la tuberculose au début*.

En résumé : la séro-réaction peut fournir avec rapidité un élément d'information très important dans le diagnostic précoce de la tuberculose.

L'état actuel de l'hospitalisation des tuberculeux à Paris. — M. Letulle. L'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux urbains, nécessaire au point de vue de l'hygiène prophylactique, indispensable pour leur traitement hygiéno-diététique, n'est qu'une mesure incomplète et cruelle s'il ne se double pas de la création de sanatoria populaires, suburbains et provinciaux.

La création de ces sanatoria populaires s'impose d'autant plus à Paris que les maisons de convalescence, destinées aux hôpitaux, demeurent interdites à nos tuberculeux.

La cure des tuberculeux à domicile est absolument impraticable.

Même sans arriver à créer de vrais sanatoriums, ce qui entraîne de grands frais, on peut organiser la triple cure d'air, de repos et d'alimentation dans tous les services hospitaliers destinés aux tuberculeux; l'installation nécessaire en est facile, les dépenses qu'elle impose sont légères et les résultats satisfaisants.

A l'hôpital Boucicaut, M. Letulle a cherché à réaliser les conditions essentielles au succès.

1° L'hygiène générale du service est sévère, à peu près impeccable, au point de vue de l'asepsie des locaux, des infirmiers, des crachoirs, des ustensiles, des repas et des malades.

2° L'aération est continue : l'air circule nuit et jour largement dans la salle. Une tente placée au jardin constitue une sorte de galerie de cure où les malades passent au moins sept heures par jour.

3° Des chaises longues en quantité suffisante permettent d'assurer la cure de repos.

4° La cure de suralimentation, si nécessaire, est impossible à réaliser à l'hôpital; mais grâce à un léger budget de suralimentation, en réglant à volonté la préparation des aliments, enfin en permettant aux parents des malades d'apporter divers aliments autorisés, on a pu améliorer singulièrement le régime alimentaire des malades.

5° Moyens accessoires : air ozonisé, injections sous-cutanées d'huile stérilisée, cataplasmes de neige carbonique sur l'estomac.

En huit mois, 125 malades tuberculeux ont passé dans le service : 38, gravement atteints, sont morts rapidement; parmi les autres, 27, soit environ le tiers, ont été nettement améliorés, ce qui est une proportion énorme si on considère ce qu'on obtient d'ordinaire dans les services généraux. Comme malades améliorés, M. Letulle compte seulement ceux qui, en plus de l'amélioration de l'état général, ont notablement augmenté de poids (de 4 à 10 kilogrammes).

Cas de tuberculose en série dans un village. — M. Ricochon (Champdeniers) relate l'observation d'une véritable épidémie de tuberculose qui s'est déroulée dans un village où, depuis quinze ans, il n'y avait pas eu de phtisiques; il s'est produit coup sur coup une série de tuberculoses graves, après la réapparition d'un cas dans une maison du village; ce sont les maisons voisines qui ont été contaminées.

De l'application des rayons Rœntgen au diagnostic de la tuberculose pulmonaire. M. H. Claude, *rapporteur*. — Lorsqu'on place devant l'écran fluorescent un individu exempt de toute maladie des organes thoraciques, assez mince pour être traversé facilement par les rayons X, on a des aspects différents suivants que le sujet est examiné par la face antérieure ou par le dos. En avant, les poumons doivent apparaître complètement transparents, tandis que le squelette est projeté en noir. A droite, au niveau de la cinquième côte, à peu près, apparaît une ligne courbe à convexité supérieure, au-dessous de laquelle existe une zone de pénombre, puis une obscurité complète, en rapport avec le foie, recouvert du diaphragme; cette zone obscure se confond en haut, dans la région médiane et à gauche avec l'opacité que détermine le cœur; en bas, elle se continue avec l'obscurité générale que donnent les organes abdominaux. Le cœur, normalement, est figuré par une ombre qui déborde légèrement le bord droit du sternum, et fait une saillie ovoïde à petite extrémité dirigée en bas, à gauche, de l'autre côté du sternum. Mais bien souvent, chez les tuberculeux dont le cœur est petit, l'organe a une direction plutôt antéro-postérieure qu'oblique et transversale, et reste à peu près complètement caché derrière l'ombre sternale. Au contraire, lorsqu'il existe une certaine gêne respiratoire, de l'emphysème, comme dans les phtisies fibrineuses, le cœur droit s'étale largement derrière les côtes, déborde amplement le sternum à droite et apparaît surmonté par une sorte de capuchon dû à la distension de l'oreillette droite. Au-dessus de la base du cœur se détachent les gros vaisseaux et notamment la crosse de l'aorte, plus ou moins dissimulée derrière le sternum. A gauche du cœur, la transparence pulmonaire est limitée en bas par une ligne noire répondant à la hauteur de la sixième côte et qui est due à la présence du diaphragme reposant sur l'estomac, la rate et le gros intestin. Ces viscères ne laissent ordinairement pas passer la lumière, sauf l'estomac dans le cas de distention

gazeuse : le diaphragme apparaît alors comme un mince ruban au-dessus d'une zone ovoïde ou arrondie, peu étendue, un peu moins éclairée que la partie répondant au poumon.

Les mouvements respiratoires sont rendus apparents par l'élévation et l'abaissement du diaphragme dont l'ombre noire monte et descend à chaque inspiration ou expiration. L'étendue de l'excursion diaphragmatique est plus grande à droite qu'à gauche. Le cœur présentera des battements surtout appréciables aux environs de la pointe et qui sont marqués par des alternatives de projection et de retrait de l'ombre cardiaque.

En arrière, l'aspect du thorax est un peu différent, le squelette apparaît avec ses proportions réelles, tandis qu'il est généralement un peu agrandi dans le cas précédent. La colonne vertébrale, les côtes, l'épine de l'omoplate se détachent en noir avec une netteté parfaite, et les deux poumons apparaissent au contraire entièrement lumineux (1) à travers le gril costal de chaque côté de la ligne dorsale. En haut, au-dessus de l'épine de l'omoplate, on rencontre une zone moins transparente à cause de l'épaisseur plus grande des parties molles qui voilent un peu la lumière, de même sur les côtés du thorax il existe une zone de pénombre, assez variable d'intensité, causée par l'épaisseur des côtes et des parties sous-jacentes qui se projettent suivant leur longueur. En bas, de chaque côté, la ligne ondulée et oblique du diaphragme montant et descendant, suivant les mouvements respiratoires. A gauche, l'aire lumineuse du poumon est en partie obscurcie par la projection de l'ombre cardiaque qui, en bas, se confond à peu près avec l'opacité des organes de l'abdomen ; toutefois, une zone de pénombre permet de distinguer ces parties, zone de pénombre répondant à la base du poumon et au cul-de-sac pleural. L'obscurité cardiaque est plus intense au centre de l'ombre qu'à la périphérie où elle va en se dégradant.

Les travaux, parus jusqu'à ce jour, ont établi la possibilité de poser un diagnostic dans les cas de tuberculose pulmonaire avec le secours de l'écran fluorescent ou de la plaque radiographique. Grâce à ces recherches, la valeur séméiologique des diverses images radioscopiques et radiographiques est devenue suffisamment précise pour permettre de donner une description des signes de la tuberculose pulmonaire, à l'examen par les rayons X, comme on enseigne classiquement à reconnaître cette maladie au moyen de la percussion et de l'auscultation.

Dans la tuberculose pulmonaire, au début, les lésions consistent à la fois en des néoformations constituant un obstacle à la pénétration de l'air (tubercules crûs, isolés ou agminés) et en congestion plus ou moins intense suivant les moments. A cette période, l'écran fluorescent montrera dans un des sommets, ou dans les deux, parfois en plusieurs points des poumons, des petites taches mal délimitées à leur périphérie, ou bien un léger brouillard voilant un sommet, dans d'autres cas, un véritable piqueté de petites ombres se distinguant sur un fond moins voilé.

Les infiltrations pulmonaires confluentes, avec tendance au ramollissement, à l'ulcération, donnent lieu à des opacités à peu près complètes. Celles-ci sont plus accusées s'il s'agit d'infiltrations lobaires, plus légères s'il s'agit d'infiltrations lobulaires confluentes (Maragliano). L'intensité des ombres est proportionnelle au défaut de pénétration de l'air dans le poumon ; si la lésion est massive, forme un noyau compact, volumineux, absolument impénétrable à l'air, l'obscurité figurée sur l'écran est complète ; s'il existe une série de petits nodules séparés par des parties encore perméables à l'air, l'opacité générale est moins intense et sur le fond général sombre se détachent des ombres plus foncées répondant aux parties complètement caséifiées.

La fonte caverneuse des poumons se traduira, à l'examen radioscopique comme sur la plaque, tantôt par une opacité absolue, tantôt par des zones relativement claires entourées de taches d'opacité variable. L'opacité absolue se rencontrera soit dans les cas de caverne remplie de pus ; soit lorsque l'excavation est profondément située, entourée de tissu pulmonaire farci de tubercules, ou quand un revêtement d'adhérences épaisses s'opposera au passage du faisceau lumineux. Si la caverne est superficielle, vide, limitée par une paroi mince, elle apparaît, au contraire, comme une zone claire, comparativement aux parties voisines du poumon plus fortement teintées, de forme ovalaire, et laissant apercevoir quelquefois les côtes qui se trouvent au devant d'elle. La caverne vient-elle à se remplir, la clarté qui la signalait diminue ; on ne distingue plus qu'une grande ombre un peu moins foncée sur une partie de son étendue. Tous les intermédiaires sont possibles entre ces différents cas, mais le caractère essentiel dans toutes ces modalités de l'image radioscopique des cavernes, c'est la présence d'une zone plus ou moins annulaire, très foncée, encerclant une région relativement claire, ou tout à fait lumineuse, tandis que le reste du poumon, au voisinage, est baigné dans une ombre diffuse. C'est l'opposition entre ces deux éléments de la lésion, taches relativement claires, apparaissant sur un fond franchement sombre, celui-ci dégradé à la périphérie et arrêté nettement autour de la zone claire centrale, qui caractérise les cavernes.

La forme pneumonique, confluente, de la phtisie aiguë, se manifeste à l'écran fluorescent par une opacité complète des parties malades. Le fait s'explique aisément, car, en pareil cas, la perméabilité du poumon à l'air est complètement supprimée.

L'épanchement de la base se traduira par une ombre épaisse, dissimulant le diaphragme et se confondant en bas avec l'obscurité de la masse abdominale, en haut limitée par une zone de pénombre à direction oblique de haut en bas, de la région axillaire à la colonne vertébrale, ou courbe à concavité supérieure. Des examens, répétés à plusieurs jours d'intervalle, montreront les variations d'étendue et de forme de l'ombre et, par conséquent, de l'épanchement liquide.

Une opacité intense, de forme générale arrondie, occupant la partie moyenne d'un poumon dont la partie supérieure et la partie inférieure ont conservé à peu près leur clarté, fera penser à un épanchement interlobaire. Ici encore la variabilité des ombres sera un élément précieux de diagnostic.

La pachy-pleurite, les adhérences épaisses étendues des plèvres se traduiront, au contraire, par des taches moins foncées, mais invariables dans leur forme. Dans ce cas le diagnostic avec les lésions parenchymateuses sera souvent impossible par le seul examen radioscopique.

Au contraire, l'existence de brides, de fausses membranes

(1) D'après Williams le sommet droit est normalement moins transparent que le gauche.

peu étendues, limitées, se révélera par des taches, des bandes obscures dont la forme, la disposition, l'aspect général ne tromperont pas un œil exercé.

Enfin, dans le pneumothorax, la radioscopie donnera des renseignements importants sur l'état du poumon, sur les adhérences qui peuvent l'unir encore à la paroi, sur la présence de liquide surajouté. Le pneumothorax est caractérisé par une transparence anormale d'un des côtés du thorax qui laisse passer complètement la lumière. Celle-ci n'est arrêtée que sur une petite étendue de l'aire du côté malade ; cette dernière zone d'obscurité représente le poumon réfracté. Le cœur et les vaisseaux peuvent être déplacés. La courbe du diaphragme est abaissée.

Dans l'hydro-pneumothorax et dans le pyo-pneumothorax les aspects sont différents suivant la position prise par le malade. S'il est couché, tout le côté affecté apparaît obscur ; s'il est debout, la partie supérieure du thorax est claire, plus transparente qu'à l'état normal, et la partie inférieure est opaque.

Les lésions pleurales peu accusées, les altérations tuberculeuses mêmes légères, modifient la motilité du diaphragme. En général, on peut dire que dans la tuberculose pulmonaire on note une diminution des mouvements d'ascension et descente du diaphragme. Cette diminution existe des deux côtés ou d'un seul.

L'examen radioscopique donnera encore chez les tuberculeux des renseignements importants sur l'état des ganglions du thorax.

Certains états morbides ont jusqu'à un certain point leur symptomatologie propre.

Dans la bronchite aiguë ou subaiguë, les deux côtés du thorax ne présentent guère de différences avec l'état normal, les mouvements respiratoires du diaphragme ne sont pas modifiés, double signe négatif d'une certaine importance.

Dans la pneunomie, l'opacité est complète dans la partie répondant à la lésion ; mais cette opacité varie dans ses limites et son intensité ; de jour en jour, on la voit se constituer, s'étendre, rétrocéder à chaque examen. Les mouvements du diaphragme sont diminués du côté malade.

Les foyers de broncho-pneumonie non tuberculeuse déterminent une légère opacité ; mais, d'après Maragliano, cette opacité s'atténue et devient moins accusée dans les inspirations fortes. Les foyers de sclérose pulmonaire, au contraire, comme les zones d'infiltration tuberculeuse, ne s'éclaircissent pas dans les inspirations profondes.

Dans l'emphysème simple l'aspect du thorax est assez caractéristique. La perméabilité des poumons est augmentée et la clarté est exagérée, les côtes se distinguent moins bien, il semble que la substance osseuse arrête moins les rayons qu'à l'état normal. On pourrait peut-être chercher la raison de ce fait dans une modification de la composition chimique des os. D'après Lefebvre, l'os atteint d'ostéopathie hypertrophiante pneumique est un os qui de calcique est devenu magnésien. Or, Williams a vu que le phosphate et surtout le carbonate de chaux arrêtaient à un degré prononcé les rayons de Rœntgen, tandis que les sels de magnésie sont ceux qui laissent passer le plus facilement le faisceau lumineux. Si l'on admet que dans l'emphysème les os et particulièrement les côtes offrent souvent un certain degré de cette ostéopathie, l'excès de luminosité constaté sur le thorax des emphysémateux trouve une explication satisfaisante dans la transformation chimique du tissu osseux. Mais ordinairement si l'éclat général du poumon est augmenté, la clarté n'est pas uniforme et complète. En effet, sur le fond général très lumineux, on aperçoit souvent des petites ombres, à contours indécis, qui créent une sorte d'état moucheté très appréciable pour un œil un peu exercé et assez difficile à définir. Cet aspect nous a paru très caractéristique de l'emphysème généralisé ; nous pensons qu'il est dû à l'existence de parties moins perméables dans le parenchyme pulmonaire, par exemple à la sclérose péribronchique très fréquente dans l'emphysème un peu ancien.

Enfin, le poumon emphysémateux est augmenté de volume ; il pénètre profondément dans les culs-de-sac pleuraux antérieurs, postérieurs et surtout inférieurs où normalement il ne s'enfonce que dans les grandes inspirations. Il en résulte que la surface lumineuse, répondant à l'organe, s'étend plus en dedans, vers le médiastin, et surtout descend plus bas vers l'abdomen. Au-dessous du diaphragme, quand on examine le sujet par le dos, on voit, à gauche, une surface lumineuse beaucoup plus étendue qu'à l'ordinaire. Cette surface correspond, sans doute, à l'estomac et à l'intestin remplis de gaz, mais elle répond aussi, pour une part, à la base du poumon plein d'air pénétrant profondément dans le cul-de-sac pleuro-diaphragmatique. C'est dans ces cas qu'on voit si nettement la silhouette du diaphragme se dessiner entre deux zones claires sous forme d'un mince ruban onduleux.

Les mouvements respiratoires du muscle sont eux-mêmes très modifiés dans l'emphysème : ils sont moins étendus qu'à l'état normal, et la diminution de l'excursion diaphragmatique est plus grande du côté du poumon le plus atteint. Enfin, dans les emphysèmes très accusés, le diaphragme est situé plus bas dans l'abdomen que dans les conditions physiologiques.

La méthode des rayons X, appliquée au diagnostic de la tuberculose pulmonaire, est donc un auxiliaire précieux auquel les médecins ne devront pas négliger de recourir. Elle permet, dans certains cas, de dépister des altérations des poumons au début, alors que les autres procédés d'investigation clinique ne donnent aucune indication. D'autres fois, elle précise l'étendue ou l'importance d'une lésion révélée insuffisamment par l'auscultation et la percussion. D'un autre côté, elle autorise à rejeter l'hypothèse de tuberculose dans des cas où les symptômes fonctionnels et les signes physiques douteux mettent le clinicien dans l'embarras, et, du même coup, permet souvent de rapporter, par une véritable trouvaille d'examen, l'origine des désordres généraux à leur véritable cause passée inaperçue dans l'observation clinique. Ne viendrait-elle que confirmer la notion d'une tuberculose déjà établie, apporter un témoignage nouveau dans l'établissement d'un diagnostic aussi grave dans ses conséquences, qu'elle ne serait pas à dédaigner.

Mais la radioscopie n'est pas seulement une méthode de contrôle, complétant ou appuyant utilement les résultats fournis par les procédés usuels, elle donne des indications nouvelles. Elle nous montre, en mettant sous nos yeux le jeu de l'appareil respiratoire, la valeur fonctionnelle d'un poumon. Elle nous signale les adhérences pleurales, les parésies ou les ankyloses diaphragmatiques qui en limitent les mouvements d'expansion. Grâce à elle, la maladie évolue directement devant nous, s'objective réellement.

Action des rayons X sur la tuberculose. — MM. J. Bergonié (Bordeaux) et Teissier (Paris), rapporteurs, ont résumé et soumis à la critique d'une part tous les faits où les rayons X ont été expérimentés vis-à-vis du bacille tuberculeux et de la tuberculose expérimentale et, d'autre part, les tentatives cliniques faites avec ces mêmes rayons contre les différentes formes de tuberculose. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

Les résultats bien observés de l'action des rayons X sur les lésions tuberculeuses pulmonaires sont tous à peu près négatifs. Non seulement la maladie n'a pas été guérie, mais encore son évolution n'a été ni enrayée, ni retardée, et l'on doit jusqu'à aujourd'hui considérer comme démontrée, par les travaux actuellement parus, que si cette action n'est pas dangereuse, du moins son *efficacité thérapeutique est nulle.*

Les rayons X n'exercent aucune influence sur la morphologie, la vitalité et la virulence du bacille tuberculeux.

Les effets physiologiques ou pathologiques observés sur les animaux sains ou tuberculisés soumis aux rayons X plaident contre l'application de la radiothérapie à la tuberculose.

L'action des rayons X sur les lésions tuberculeuses expérimentales du cobaye et du lapin peut être considérée comme nulle. Les faits d'amélioration de la lésion locale, ou de survie signalés chez les animaux soumis s'observent assez fréquemment chez les animaux témoins.

L'inflammation réactionnelle entraînant chez certains animaux tuberculisés soumis aux rayons la production d'hémorragies intestinales ou la formation d'un processus scléreux qui devient véritablement excessif lors des inoculations intra-pleurales de tuberculose, ne peut être considérée, dans les conditions actuelles d'expérimentation et quelle qu'en soit la cause, comme une réaction salutaire. Malgré la symphyse pleurale les lésions tuberculeuses sont, en effet, plus étendues et plus diffuses chez les animaux soumis.

Action négative de la fluorescence sur le bacille tuberculeux. M. Teissier. — En 1897, avec le professeur Potain, nous avions recherché l'influence que pouvaient exercer sur la vitalité et la virulence du bacille tuberculeux les rayons uraniques ou les rayons émis par le sulfure de zinc.

L'oxyde d'urane et le sulfure de zinc à l'état pulvérulent, disposés entre une lame de verre et une lame de celluloïde, étaient maintenus adhérents à cette dernière par une solution de gomme arabique ; le tout était uni sur le pourtour par une bande de papier gommé. Ces deux plaques fluorescentes étaient, après exposition aux rayons solaires, placées, la lame de celluloïde en bas, sur des boîtes de Pétri débarrassées de leur couvercle, et renfermant de l'agar agar sur lequel avaient été disposées des parcelles de culture de tuberculose. Celle-ci provenait d'une culture sur bouillon glycériné datant d'un mois, dont la vitalité et la virulence étaient connues; le tout était placé dans l'obscurité.

Les cultures furent exposées trois heures, et, dans une seconde série d'expériences, quatre jours aux radiations uraniques et aux radiations émises par la sulfure de zinc.

Quatre cobayes furent inoculés chaque fois avec les cultures ainsi traitées ; deux furent inoculés avec des proportions semblables d'une culture témoin conservée à l'abri de toute radiation. Or, les animaux inoculés avec les cultures exposées aux radiations succombèrent, pour la plupart, avant les cobayes témoins, et avec des lésions comparables. Le réensemencement donna chaque fois une culture abondante.

Les radiations uraniques ou les rayons émis par le sulfure de zinc n'exercent donc, dans les conditions expérimentales données, aucune action ni sur la vitalité, ni sur la virulence des bacilles tuberculeux.

Influence des rayons X sur la tuberculose expérimentale. — MM. A. Rodet et H. Bertin-Sans. — Nos expériences ont consisté à soumettre aux rayons X (sans élimination du champ électrique) des cobayes auxquels nous avions inoculé la tuberculose à la cuisse. Nous avons fait varier les conditions du traitement en ce qui concerne l'intensité, la durée, la fréquence des séances, la disposition des tubes par rapport aux animaux. Tantôt le traitement a été commencé un certain temps après l'inoculation (essai de traitement curatif), tantôt immédiatement après (traitement préventif). Nous avons observé les effets suivants :

Les rayons X ont déterminé des troubles trophiques locaux souvent graves, sous la forme d'ulcérations étendues, sur les régions plus directement exposées aux radiations, ulcérations favorisées par la présence de lésions tuberculeuses locales préexistantes.

Ils ont exercé une influence fâcheuse sur la nutrition générale, les animaux traités présentant un moindre accroissement ou une plus grande perte de poids que les témoins. La mort a généralement été hâtée par le traitement, plus particulièrement chez les sujets qui ont souffert des effets caustiques, mais aussi indépendamment de cet accident.

Le traitement a exercé une influence manifeste sur l'infection du système lymphatique, déterminant la régression des ganglions déjà pris et restreignant l'infection générale du système.

Par contre, loin de modérer l'envahissement des viscères, le traitement l'a un peu favorisé ; la rate, le foie, les poumons ont été trouvés, dans l'ensemble, plus tuberculeux chez les traités que chez les témoins.

Dans aucun cas, les animaux n'ont bénéficié du traitement.

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par les rayons X. — M. Espina (Madrid). — La radiographie est un moyen de plus pour l'étude de la tuberculose pulmonaire. Elle fournit des données suffisantes pour différencier les lésions tuberculeuses des autres processus, et déterminer les zones atteintes. Dans les épanchements pleurétiques elle est le meilleur moyen de diagnostic, surtout pour déterminer la limite supérieure.

Action des radiations électriques sur les toxi-infections tuberculeuses. — MM. Destot (de Lyon) et Dubard (de Dijon). — Nos recherches ont porté sur trois ordres de faits : 1° action sur les cultures *in vitro* ; 2° action sur l'intoxication tuberculineuse expérimentale de cobayes tuberculisés ; 3° action sur l'homme.

Nous les résumerons ainsi : c'est aux *radiations électriques* qui accompagnent les rayons X que l'on doit attribuer les résultats signalés. L'ampoule de Crookes n'agit que comme une résistance et les radiations électriques obtenues d'une autre façon donnent des résultats supé-

rieurs, bien que de même ordre et présentent cet avantage d'être plus maniables.

La radiographie dans la coxalgie et particulièrement dans la coxalgie au début. M. P. REDARD (Paris). — La radiographie rend de grands services pour l'étude des affections des articulations profondes, recouvertes de muscles puissants. Dans le cas particulier de coxalgie, l'examen clinique ne permet pas toujours de se renseigner exactement sur la nature, le siège, l'étendue des lésions. Les radiographies que nous présentons démontrent que ce nouveau mode d'investigation, qui permet de faire, sur le vivant, l'anatomie pathologique, peut utilement servir comme moyen de diagnostic et de traitement aux diverses périodes de la coxo-tuberculose.

Les radiographies, prises à diverses périodes de la coxalgie, indiquent les lésions suivantes : atrophie du fémur et du bassin du côté correspondant à la coxalgie ; teinte claire de tout le fémur indiquant des lésions dans toute l'étendue de l'os ; teinte foncée indiquant des fongosités ou la présence d'abcès froids ; os spongieux, à petites cavités anfractueuses, moins dense, tassé, tête irrégulière, disparition du col, diminution de l'angle du col du fémur, lésions de la cavité cotyloïde ; sequestres, foyers osseux intra ou extra-articulaires ; luxation ou sub-luxation de la tête fémorale.

D'après ces indications, on peut établir un diagnostic précis de l'affection et de ses particularités, différencier la coxalgie de l'ostéo-myélite, des lésions péri-articulaires, juxta-coxales et des arthrites de diverses natures, instituer un traitement basé sur les conditions anatomo-pathologiques.

Le terrain tuberculeux. Sa vaccination par la famille ou par la méthode des Congénères. M. le Dr Maurice BLOCH (de Paris). L'inoculation du sang capillaire extrait des tissus sous-cutanés d'un consanguin arthritique constitue la base fondamentale de cette méthode. Nous avons indiqué, il y a longtemps, le procédé opératoire en même temps que les résultats thérapeutiques et réactionnels observés à la suite des inoculations pratiquées aux diverses périodes de la phtisie. Ce qu'il importe de retenir, c'est que l'absence de réaction comporte, en général, un pronostic favorable et que ce procédé est applicable à la cure du *terrain*, et non à la phtisie en évolution. Une seule inoculation d'un centimètre cube paraît suffisante. Il nous est encore impossible de fixer la date de la seconde inoculation, en raison de l'accoutumance produite par la première. Cette même loi de l'accoutumance gouverne le sang des consanguins directs, ce qui semblerait indiquer que l'élément actif antituberculeux du sérum est d'origine ancestrale.

Les premiers essais tentés dans l'art vétérinaire à l'aide de notre procédé justifient son emploi dans la tuberculose bovine.

Résultats obtenus sur l'homme et sur les animaux, de la nouvelle tuberculine TR de Koch. — M. le Dr BENOIT (Ovide), de Paris. Je viens seulement signaler brièvement les résultats obtenus sur l'homme et sur les animaux, de la nouvelle tuberculine TR de Koch. Des mémoires confirmatifs apporteront dans quelques mois les détails de nos affirmations, la date de ce Congrès nous obligeant à en dire quelques mots de suite.

Le public médical, vivant avec les souvenirs de l'ancienne tuberculine, a très mal accueilli l'apparition de la nouvelle tuberculine TR. C'est un extrait du corps du bacille obtenu par morcellement et privé, par action centrifuge, de la tuberculine donnant la réaction caractéristique. L'ancienne tuberculine immunisait contre la toxine ; la tuberculine TR immunise contre le bacille lui-même, et son innocuité est absolue quand elle est bien employée.

On ne peut parler encore définitivement sur TR sans en avoir une longue expérience. Nous avons fait, mon ami Dauriac et moi, des injections de tuberculine les premiers et dès son apparition en France, et nous estimons qu'il est encore beaucoup trop tôt pour conclure d'une manière ou d'une autre. On connaît déjà les résultats publiés par Dauriac. Nous nous proposons d'apporter un contingent d'observations et d'expériences qui confirmeront les résultats déjà acquis. Toutes les expériences faites pour immuniser les cobayes ont été défectueusement combinées. Il est vrai que le prix un peu exagéré du produit n'a pas peu contribué à retarder les expériences. Pour immuniser le cobaye, on doit débuter par une injection massive de 20 à 30 milligrammes dans le péritoine et, j'insiste, sur la voie intra-péritonéale. Le détail de cette technique sera connu dans quelques jours, lors de la publication prochaine du mémoire de Max Beck, assistant de l'Institut pour les maladies infectieuses de Berlin. Le cobaye est immunisable, et, quant au cobaye infecté, il est guérissable. (Nous allons commencer les expériences signalées par cet auteur, et, concluantes ou non, nous les publierons impartialement.) Pour en finir avec les expériences de laboratoire, nous avons, avant M. Carnot, ajouté de la tuberculine dans des cultures de bacilles tuberculeux. Comme cet auteur, nous avons constaté l'arrêt de l'évolution de ces cultures, mais nous n'avons pas tenu compte de ces essais au point de vue de l'explication de l'action de la tuberculine. Koch, en introduisant lentement dans l'organisme des doses de plus en plus fortes des parties constituantes du corps du bacille, détermine peu à peu cet organisme à tolérer la présence du bacille, puis à le supporter sans inconvénient et ensuite à l'éliminer. Il y a donc une réaction de l'organisme qui joue le rôle principal dans le mécanisme de l'immunité, réaction qui manque forcément dans un tube de culture.

Au point de vue humain, l'action de la tuberculine TR est nette et efficace. On a voulu jusqu'ici traiter des malades désespérés chez qui la tuberculine a été employée comme *ultima ratio*. C'est méconnaître l'idée de la nouvelle tuberculine. N'oublions pas qu'elle ne peut agir avec efficacité que sur les malades sans ramollissement et sans associations secondaires. L'examen microscopique est un guide absolu, car même les fiévreux, s'ils sont bacillaires purs, peuvent être traités ; chez ceux-ci, dès le début des injections, la fièvre tombe, contrairement aux associés microbiens qui, s'ils sont traités, doivent être surveillés de très près. Il résulte cependant de nos observations, tant en ville que dans les hôpitaux où l'on n'a guère que des tuberculeux caverneux, que ces malades traités par TR ont été prolongés d'une façon extraordinaire.

Au premier et au deuxième degré, sans infections secondaires, TR agit sans aucune intoxication et sans aucun accident consécutif, quand les injections sont bien gouvernées d'une manière aseptique et rationnelle. Les sueurs nocturnes disparaissent peu à peu, les crachats, de verts

ou jaune-verts et nummulaires qu'ils étaient, deviennent plus clairs et aérés ; les bacilles diminuent et ont disparu dans très peu de cas encore. Quant à la guérison, il n'est pas possible de conclure avant qu'un plus long temps ne se soit écoulé. Le traitement est très long et même trop long. Nous voudrions pouvoir citer entre toutes l'observation d'un de nos plus distingués confrères dont le cas est connu dans le pays où il exerce, et qui est arrivé aujourd'hui dans un état voisin de la guérison par l'emploi prolongé et rationnel de TR, mais le temps nous manque. Les effets se manifestent aussi rapidement dans les tubercoses viscérales, surtout dans la tuberculose testiculaire et vésicale. Dans cette dernière, les douleurs de cystite disparaissent dès les premières injections.

Quant à la tuberculose osseuse et laryngée, nous n'avons pas personnellement de résultats encore bien nets. Je crois qu'on aura d'autant plus de chances de réussir qu'on n'aura pas affaire à des foyers tuberculeux déjà anciens si souvent dans ces cas secondairement infectés.

Enfin on dit qu'on doit faire les injections méthodiquement et régulièrement en augmentant les doses. C'est complètement faux. Notre expérience nous dit qu'on ne doit faire l'injection suivante que lorsque la première a été complètement résorbée, ne donne pas de réaction et qu'il n'existe pas d'induration au foyer de la piqûre. Lorsqu'on néglige cette règle, on peut avoir à coup sûr un érythème douloureux et de la fièvre. Pour l'augmentation des doses, on doit se baser sur la tolérance du malade et connaître le terrain à fond.

En résumé :

La nouvelle tuberculine TR de Koch ne peut avoir aucune action nocive. Quand elle est bien appliquée, elle ne provoque jamais les accidents signalés qui sont des fautes de technique.

Elle immunise et guérit le cobaye.

Dans la tuberculose humaine, ce traitement, que je crois un des seuls à notre disposition, peut et doit être essayé, mais le choix des malades, leur examen raisonné et une technique parfaite basée sur une expérience complète de TR et de son emploi, sont des facteurs indispensables de succès. Quand à conclure définitivement sur TR, c'est impossible ; il est encore trop tôt, l'avenir seul peut nous instruire. (*A suivre*)

MEMENTO PRATIQUE

Déodorisation de l'urine après ingestion d'asperges. — Par M. G. Languepin, pharmacien à Angoulême (*Répertoire de pharmacie*), critique le procédé du Dr Carles qui conseille l'emploi des sels solubles de mercure pour enlever l'odeur nauséabonde que dégage l'urine des personnes ayant mangé des asperges.

Le procédé qu'il recommande, dit-il, présente plusieurs inconvénients : tout d'abord, le public ne peut pas se procurer facilement des sels mercuriels, qui sont tous très toxiques ; d'autre part, ces sels peuvent donner lieu à des erreurs et à des accidents.

Les mêmes inconvénients n'existent pas avec le permanganate de potasse, que j'emploie depuis une dizaine d'années, lorsque des asperges ont été servies sur ma table, et qui m'a toujours parfaitement réussi.

J'ai dans ma chambre une solution concentrée de ce sel, et j'en verse une larme dans le *lacrymatoire de la décadence*, chaque fois que l'odeur est à craindre. Le résultat désiré est immédiatement obtenu.

J'ajoute que le permanganate détruit également l'odeur de l'essence de moutarde et qu'il empêche sa formatfon.

En résumé, le permanganate de potasse agit aussi bien que les sels de mercure ; il est d'un prix moins élevé, et son emploi, soit en solution, soit en nature, ne peut pas donner lieu aux mêmes confusions dangereuses.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le médecin appelé, par l'auteur d'un accident, à donner les soins à la victime et accepté par cette dernière, viole-t-il le secret professionnel en donnant au premier, qui doit l'honorer, son avis sur les conséquences de l'accident ?

A cette question, posée par le Dr X..., Président du Syndicat de Y..., notre distingué avocat-conseil, Me Rocher, a fait la réponse suivante :

« Paris, le 9 juillet 1898.

« Mon cher Docteur,

« Ainsi que vous me le demandez, je réponds moi-même à la question soumise par M. le Dr X..., Président du Syndicats des Médecins du département de Y...

« Dans l'espèce soumise, il y a une certaine analogie avec la situation des médecins de Compagnies d'assurances sur la vie ou des médecins attachés à des établissements industriels.

« Or, lorsqu'un médecin est appelé par un patron, dans un but de contrôle, il peut rendre compte de ses investigations à celui qui lui a confié la mission et pour nous, l'individu qui se soumet à l'examen, en connaissant le but, se trouve ainsi donner son consentement à la révélation de son état. Il y a là, en réalité, une convention, un accord réciproque.

« En conséquence, je considère que l'auteur de l'accident ayant appelé un médecin de son choix, la victime ayant consenti à se laisser examiner par ledit médecin, ne peut critiquer une déclaration donnée des constatations faites.

« Il y a, il est vrai, un point délicat dans les faits relatés : le médecin appelé pas l'auteur de l'accident ne se contente pas d'un simple examen, il donne des soins à la victime et devient un médecin *traitant* (payé par l'auteur de l'accident, il est vrai). Cette circonstance doit lui imposer une réserve plus grande, et si toujours on recommande aux médecins de ne délivrer des certificats qu'avec la plus extrême prudence, dans le cas qui nous occupe, je considère que le médecin ne devra révéler que ce qui est consécutif à l'examen qu'il a fait, mais non ce qu'il aurait découvert, par exemple, relativement à l'état général du malade qu'il traite, état que le malade peut absolument ignorer et que le médecin ne doit pas révéler, étant venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

« Pour en revenir à l'espèce qui nous intéresse, je considère que le médecin appelé par l'auteur de l'accident n'encourt aucune responsabilité pour avoir délivré à celui qui l'a appelé un certificat disant : « *Je n'ai constaté*

aucun symptôme de fracture récente. » C'est la suite de l'examen par lui fait avec l'assentiment de la victime et sur la demande de l'auteur de l'accident. Cela rentre donc dans les prévisions que j'ai énoncées au début de ces observations.

« Recevez, cher Docteur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

« G. ROCHER : Avocat à la Cour. »

(*Le Médecin praticien.*)

NOUVELLES

Facultés de médecine. — Par décret, en date du 31 juillet 1898, ont été nommés :

Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux : M. Lefour, agrégé des facultés de médecine.

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille : M. Charmeil, agrégé près ladite Faculté.

Professeur de bactériologie et de thérapeutique expérimentale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille : M. le Dr Calmettes, chargé d'un cours de bactériologie et de thérapeutique expérimentale à ladite Faculté.

Distinctions universitaires. — Par arrêté ministériel, en date du 31 juillet 1898, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Astre, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Montpellier; Baumel, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Bernard, professeur à l'école de médecine d'Amiens; Bourlier, professeur à l'école de médecine d'Alger; Brunon, directeur de l'école de médecine de Rouen; Deniges, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Florence, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Frébault, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse; Gautier, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Leduc, professeur à l'école de médecine de Nantes; Lemoine, professeur à la Faculté de médecine de Lille ; Mareau, professeur à l'école de médecine d'Angers; de Nabias, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux; Parisot, agrégé libre, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy; Peyrusson, professeur à l'école de médecine de Limoges; Planteau, professeur à l'école de médecine d'Alger; Pousson, agrégé libre chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux; Thiéry, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Dorveaux, bibliothécaire de l'école supérieure de pharmacie de Paris; Raymond, médecin-inspecteur des écoles.

Officiers d'Académie. — MM. Auché, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Bardier, chargé de cours à l'Ecole de médecine de Clermont ; Barral, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon; Brault, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger ; Cannieu et Cassaët, agrégés près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Cochez, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger ; Delezenne, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier ; Deroide, agrégé près la Faculté de médecine de Lille ; Douillet, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble ; Fiquet, chef de travaux à la Faculté de médecine de Paris ; Fleury, professeur à l'école de médecine de Rennes ; Fonzes-Diacon, chef de travaux à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier ; Froelich, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy; Heitz, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon ; Julien, préparateur à l'Ecole de médecine d'Alger ; Labbé, suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger ; Moore, chargé d'un cours libre à l'Ecole de médecine de Poitiers ; Noury, professeur à l'Ecole de médecine de Caen ; Rochet et Rollet, agrégés près la Faculté de médecine de Lyon ; Rouxeau, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes ; Schull, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Thierry, professeur à l'Ecole de médecine de Tours ; Thouvenet, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges ;

Byasson, médecin du lycée de Guéret ; Tussau, médecin du lycée de Mâcon ; Nargaud, médecin de l'Ecole normale d'instituteurs de Besançon ;

Boucher, gardien-chef à la Faculté de médecine de Paris; Imauville et Prévost, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

Faculté de médecine de Paris. — Le classement des stagiaires, pour l'année scolaire 1898-1899 (du 1er décembre 1898 au 15 juin 1899, aura lieu les 3, 4 et 5 novembre 1898, de neuf heures à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1899.

Seront inscrit d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1898-1899, et qui auront pris l'inscription de juillet 1898 à la Faculté de médecine de Paris; savoir : huitième ou douzième (régime de 1878), quatrième, huitième ou douzième (régime de 1893).

MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1898 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre, sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1898.

Pendant la troisième année de stage, les élèves du nouveau régime d'études seront attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies nerveuses, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires (art. 1er, § 4, du décret du 20 novembre 1893).

Ces dispositions seront mises en vigueur à partir de l'année scolaire 1898-1899.

Les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1898 sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 15 octobre 1898.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire (faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

Les eunuques en Chine. — Le Dr Korsakow, médecin de l'ambassade russe à Pékin, a donné des détails intéressants sur les eunuques de la Chine. Les écrits chinois datant de 1100 ans avant notre ère en font mention. Un empereur de la dynastie de Tschou avait rendu un décret

qui avait établi l'échelle de peines suivantes : la marque au fer rouge sur la tête, l'amputation du nez, la section des oreilles, l'amputation des pieds et des mains, la castration et la décapitation.

La situation des eunuques en Chine est autre qu'en Turquie et en Perse. En Chine, le droit d'avoir des eunuques est un privilège de l'empereur et de quelques membres de la famille impériale. L'empereur peut en avoir 3,000, mais il n'en a que 2,000 à son service. Les princes et les membres de la famille en ont un nombre qui varie de 30 à 60.

Il y a trois espèces d'eunuques : ceux qui ont subi la peine de la castration, ceux qui se font volontairement castrer par pauvreté ou paresse, et ceux qui ont été vendus étant enfants par leurs parents pour faire des eunuques.

La castration est pratiquée le plus souvent sur de jeunes sujets, mais il arrive aussi que des adultes, à un âge plus ou moins avancé, se font castrer pour échapper à la misère ou procurer à leur famille des moyens d'existence.

L'opération est faite par des spécialistes de père en fils, qui reçoivent une quarantaine de francs pour cette opération. Si le candidat n'a pas d'argent, on lui fait crédit, mais l'opérateur garde les pièces à conviction en nantissement.

La castration est pratiquée de la façon suivante : les parties sexuelles sont d'abord complètement anesthésiées par un moyen connu seulement de l'opérateur. Les assistants, au nombre de trois, appartiennent à la famille de l'opérateur. Le candidat se couche sur un banc. Deux aides lui tiennent les jambes écartées, le troisième le maintient avec ses deux bras dont l'un est passé en arrière du dos. L'opérateur se tient entre les jambes, armé d'une solide paire de ciseaux ou d'une sorte de faulx. De la main gauche il saisit les bourses et pénis, et il demande au malheureux, ou à ses parents s'il est mineur, s'il consent à l'opération. A la réponse le plus souvent affirmative, l'opérateur enlève les organes génitaux d'un seul coup de ciseaux. Il enfonce ensuite un long bouchon de bois dans l'urèthre et lave par trois fois la plaie avec une infusion de poivre, puis place sur la plaie du papier chinois trempé dans l'eau froide et assujettit fortement ce pansement. L'opéré est alors pris sous les bras par deux aides qui le promènent dans la chambre pendant deux heures. Il faut savoir que tout blessé en Chine n'est mis au lit qu'après avoir fait un exercice de plusieurs heures, à seule fin d'assurer la circulation normale des humeurs.

Dans les trois jours qui suivent l'opération, le malade ne doit pas boire une seule goutte d'eau, on ne doit pas non plus toucher au pansement, de sorte qu'au tourment de la soif s'ajoutent les horreurs d'une rétention obligatoire d'urine.

Le quatrième jour, on aère un peu la plaie et on permet au malheureux d'uriner. S'il y arrive, il est considéré comme guéri et reçoit ses invités qui lui souhaitent la bienvenue. S'il y a rétention, le pronostic est grave et beaucoup de malades succombent alors à des phénomènes septiques. On ne connaît pas d'ailleurs en Chine l'usage de la sonde, ni l'antisepsie. Si l'opéré en réchappe, la plaie guérit en laissant une cicatrice rétractile. Pour combattre la rétention d'urine post-opératoire, on a l'habitude de frapper à grands coups l'opéré chaque fois que le chirurgien fait sa visite. Plus tard, il survient de l'incontinence d'urine qui finit par donner à ces opérés une odeur ammoniacale qui les fait reconnaître de loin. Au bout de trois mois et demi, l'eunuque est guéri et prêt à prendre son service.

Les eunuques ont l'habitude de garder soigneusement dans de l'alcool leurs reliefs amputés. Les organes qui sont gardés en nantissement portent une inscription relative à leur origine. Un fonctionnaire spécial a d'ailleurs la mission de passer des inspections et l'eunuque qui ne peut présenter son bocal avec ses pièces est puni. Il arrive parfois aussi que l'eunuque joue son bocal au jeu de cartes ou de dès, car il est un joueur très passionné.

La croyance du Chinois est qu'il ne peut rejoindre ses ancêtres après la mort, s'il entre dans l'empire des morts avec un corps mutilé; de là le soin particulier que les eunuques ont de leurs parties amputées, et à leur mort il les font enterrer avec eux. Si un castrat meurt sans avoir retiré ses pièces chez l'opérateur, ses parents le font pour lui et souvent comptent à ce dernier une somme fabuleuse, jusqu'à 12,000 francs pour pouvoir rendre ses organes au défunt.

Par suite de la saleté bien connue des Chinois, et malgré l'emploi de dilatateur, l'orifice de l'urèthre se rétrecit, il survient du catarrhe vésical et il se forme des calculs.

Le service et la fonction des eunuques de Chine n'offrent rien de particulier; ils se distinguent en classes très variées selon leur rang et leurs attributions. Leur extérieur est souvent caractéristique, cependant à l'âge mûr les eunuques ne se distinguent pas des autres Chinois. Ils sont sociables, aiment les animaux, surtout les chiens, et sont fumeurs d'opium enragés. Ceux qui ont été castrés dans leur jeunesse se font remarquer par leur stature, bien que les muscles soient peu développés et par leur voix féminine. Ceux qui l'ont été après 20 ans perdent rapidement leurs poils et leur voix devient désagréable; enfin, ils vieillissent rapidement et à 40 ans en paraissent 60. (*Médecine moderne.*) L.-J.

Clinique Tarnier. — M. le Dr Maygrier, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Budin, commencera, à la clinique Tarnier, 89, rue d'Assas, ses leçons cliniques le mardi 9 août, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure, pendant la durée des vacances. — Visite tous les jours à 9 heures.

Congrès dentaire. — Un congrès dentaire se réunira à Lyon, les 12, 13 et 14 août sous la présidence de M. le Dr E. Lecaudey.

Questions à l'ordre du jour : I. De l'intervention dans les cas d'abcès et de fluxion. Rapporteur, Dr Sauvez. — II. Des altérations des dents et de la muqueuse gingivale dans les diverses diathèses. Rapporteur, Dr Tellier. S'adresser pour les renseignements à M. Siffre, secrétaire général, 97, boulevard Saint-Michel.

Nécrologie. — Le Dr Dupuy, médecin de l'hôpital de Saint-Denis, décédé à Reims, à l'âge de 51 ans. — Le Dr Huguet (Bernard), de Paris, décédé au Vésinet, le 28 juillet, à l'âge de 76 ans.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE
1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose* : 2 à 6 par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.
Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*